

Анализу эффективности оказания перинатальной помощи подлежат все случаи материнских, перинатальных и младенческих потерь, а также случаи инвалидизации женщин и детей в результате родоразрешения. Кроме этого, в каждом ЛПУ, оказывающем медицинскую помощь беременным, роженицам и новорожденным, необходимо проводить внутренний анализ всех случаев сложных акушерских и перинатальных ситуаций с благоприятным исходом для матери и плода.

Необходимо одновременно оценивать качество ведения медицинской документации. Результаты разбора вышеуказанных случаев с учетом разработанных алгоритмов обсуждаются комиссионно на заседаниях: лечебно-контрольных советов, советов по перинатологии, клинико-анатомических и патолого-анатомических конференций с принятием со-

ответствующих решений, направленных на выявление резервов деятельности перинатальной службы ЛПУ.

В случае выявления грубых дефектов решением советов предлагается руководителям ЛПУ издать приказ по организации действенных мер по устранению данных недостатков.

Своевременно принятое руководителем управленческое решение и обеспечение контроля за его исполнением позволяют определить оптимальные пути взаимодействия различных служб здравоохранения по охране здоровья матери и ребенка.

### Литература

1. Акушерско-гинекологическая помощь. Под редакцией В.И.Кулакова. Москва: Медпресс. 2000, 510 с.

#### Ф.С. Ревазова

Научный центр акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (дир. - акад. РАМН, проф. В.И. Кулаков), г. Москва

## Профилактика осложнений внутриматочной контрацепции препаратом «Марвелон»

***Исследовано влияние низкодозированного орального контрацептива марвелон на число осложнений и побочных реакций внутриматочной контрацепции.***

Предотвращение нежелательной беременности и как следствие – аборт является важным аспектом программы планирования семьи. Особенно эта тема актуальна в нашей стране, занимающей одно из первых мест по частоте аборт, в том числе и криминальных. Общеизвестно пагубное влияние абортов на репродуктивное здоровье женщины и организм в целом. В этой связи на первый план выходят вопросы контрацепции. В настоящее время в распоряжении акушеров-гинекологов и их пациентов имеется большой арсенал средств для предупреждения нежелательной беременности. Наиболее популярны внутриматочная и гормональная контрацепции. Популярность различных типов внутри маточных средств (ВМС) обусловлена их высокой эффективностью, отсутствием системного влияния на организм, быстрым восстановлением фертильности после извлечения спирали и, что немаловажно, доступностью для любых

социальных групп, а также отсутствием необходимости ежедневного контроля за применением. Однако в связи с развитием побочных реакций и осложнениях в процессе контрацепции, включающих экспульсии, нарушения менструального цикла, альгодисменорею, приемлемость данного метода несколько ограничена. Указанные осложнения наиболее часто встречаются в период адаптации к внутри маточному у средству, который длится от 2 до 9 мес [1, 2]. Нарушения менструального цикла, проявляющиеся гиперполименореей, менометроррагиями, наблюдаются у 11-24% женщин с ВМС [2, 3]. Медьсодержащие спирали повышают менструальную кровопотерю на 20-50% на протяжении первых 6-12 месяцев контрацепции, после чего уровень кровопотери постепенно возвращается к исходному. Также в течение первых 3-5 месяцев могут наблюдаться межменструальные кровянистые выделения. Причины нарушений менструального цикла большинство исследователей связывают с микротравмами эндометрия, изменением его фибринолитической системы и гиперпроstagландинемией. На фоне ВМС в эндометрии развивается сосудистая реакция, характеризующаяся повышением васкуляризации и сосудистой проницаемостью, дегенера-

цией эпителиальных клеток, застоем и кровоизлияниями. Помимо этого, наблюдается активация фибринолитической системы эндометрия и периферической крови, то характеризуется активацией плазминогена, антитромбина III, снижением уровня фибриногена [4, 5]. Боли в межменструальном периоде и во время менструаций наблюдаются в 9-11% случаев. Экспульсии и болевой синдром чаще наблюдаются у более молодых пациенток, и в 50% наблюдений экспульсии происходят либо в первые часы после введения ВМС, либо на протяжении первых 3-4 месяцев контрацепции [2]. Это объясняется гиперэстрогенией, гиперпростагландинемией и недостатком прогестерона во второй фазе цикла, возникающих в адаптационном периоде, приводящих к увеличению сократительной активности матки и расслаблению цервикального канала, а значит, и более легкому изгнанию ВМС. Частота развития побочных реакций и осложнений в двух группах пациенток. Эффективным методом профилактики вышеуказанных осложнений является применение низкодозированных оральных контрацептивов за 2-3 месяца до введения и в последующие 3 месяца после введения ВМС – так называемый комбинированный метод контрацепции. Монофазные эстроген-гестагенные препараты помимо высокой контрацептивной эффективности обладают противовоспалительным, антипростагландиновым, иммуносупрессивным, антипролиферативным, релаксирующим и антифибринолитическим влияниями [4, 6]. Целью настоящего исследования явилось изучение приемлемости и эффективности низкодозированного орального контрацептива марвелон для профилактики побочных реакций и осложнений внутриматочной контрацепции.

### Материал и методы исследования

В исследовании приняли участие 60 практически здоровых женщин в возрасте от 25 до 45 лет, не имеющих противопоказаний к внутриматочной и гормональной контрацепции. Всем пациенткам был введен медьсодержащий внутриматочный контрацептив на 4-5-й дни менструального цикла. Перед введением ВМС всем пациенткам были проведены общеклиническое и гинекологическое исследования, расширенная кольпоскопия, бактериоскопия влагалищных мазков, ультразвуковое обследование, обследование на инфекции, передаваемые половым путем. Обследование и наблюдение за пациентками проводили на протяжении 1-3 менструальных циклов, предшествующих введению ВМС, и далее в динамике через 7 дней, 1, 2, 3 месяца после введения контрацептива. Все пациентки были

разделены на 2 группы: 1-ю группу составили 30 женщин, использующих комбинированный метод контрацепции, т.е. за 3 месяца до и в течение 3 месяцев после введения ВМС им назначали низкодозированный оральный контрацептив марвелон; 2-ю группу составили 30 женщин, использующих только внутриматочную контрацепцию.

### Результаты исследования

В 1-й группе затруднения при введении ВМС наблюдали у 1 (3,3%) пациентки, во 2-й группе – у 3 (10%) пациенток, что потребовало местной анестезии (см. рис.). Умеренные боли, которые спонтанно прекратились в течение нескольких дней, отмечали у 6 (20%) и 16 (53,3%) пациенток 1-й и 2-й групп соответственно. В дальнейшем на протяжении 2-3 месяцев контрацепции только 2 (6,6%) женщины из 1-й группы предъявляли жалобы на тянущие боли внизу живота во время менструаций, когда как во 2-й группе – 6 (20%) пациенток. По причине стойкого болевого синдрома 2 (5,6%) пациенткам 2-й группы ВМС была удалена. У 6 (20%) и 19 (63,3%) пациенток 1-й и 2-й групп соответственно в течение первых 4-8 дней после введения ВМС отмечены скудные кровянистые выделения. При анализе характера менструаций у 3 (10%) пациенток 1-й группы и 22 (73,3%) пациенток 2-й группы на протяжении первых 2 менструаций после введения ВМС выявлена гиперполименорея. В дальнейшем ни у одной пациентки 1-й группы не было жалоб на обильные менструации, тогда как во 2-й группе у 14 (46,6%) пациенток они отмечены на протяжении 2-4 менструальных циклов. Межменструальные кровянистые выделения на протяжении первых 3 месяцев контрацепции в 1-й группе отмечали 5 (16,6%) и во 2-й группе – 9 (30%) пациенток. По причине обильных менструаций 1 (3,3%) пациентке 2-й группы ВМС была удалена. У 2 (6,6%) пациенток 2-й группы в течение первых 3 месяцев контрацепции произошла экспульсия ВМС. В 1-й группе данного осложнения не наблюдали. Отдельно необходимо отметить побочные реакции, наблюдавшиеся у пациенток 1-й группы на фоне приема марвелона: у 3 (10%) женщин отмечалась тошнота, у 5 (16,6%) – нагрубание молочных желез, 4 (13,3%) женщины жаловались на мажущие кровянистые выделения в середине цикла. Данные жалобы наблюдались на протяжении первых 3-4 месяцев контрацепции и были обусловлены эстрогенным компонентом марвелона, и помимо этого, их частота соответствовала общепопуляционным показателям. Данные жалобы не требовали дополнительного лечения и не явились причиной отказа от

контрацепции. В процессе наблюдения ни у одной пациентки обеих групп беременность не наступила.

### Обсуждение

На основании полученных данных можно сделать вывод, что прием марвелона до и на протяжении Змее после введения ВМС позволяет облегчить адаптационный период на фоне внутриматочной контрацепции и тем самым снизить процент осложнений. Это, по-видимому, объясняется антипростагландиновым, противовоспалительным, иммуносупрессивным действиями оральных контрацептивов. В процессе внутриматочной контрацепции повышаются содержание простагландинов F2a, сократительная активность миометрия, активируется фибринолитическая система, увеличивается риск развития воспалительных заболеваний органов малого таза. Учитывая разную направленность действия двух методов контрацепции, оправдано применение комбинированного метода контрацепции (1). Гормональные контрацептивы являются ингибиторами функции простагландинов, вследствие чего снижается тонус и сократительная активность миометрия. Этим же определяется лечебный эффект оральных контрацептивов при гиперполименорее - уменьшение уровня простагландинов изменяет коагуляционную активность крови. Сгущение цервикальной слизи препятствует проникновению сперматозоидов в полость матки, и тем самым повышаются ее барьерные свойства в отношении восходящей инфекции [1, 7]. Использование ВМС с одновременным кратковременным приемом низкодозированных гормональных контрацептивов не оказывает выраженного влияния на систему гемостаза, гуморальный иммунитет, временно блокирует гипоталамо-

гипофизарную систему и создает оптимальные условия для введения внутриматочной спирали [4,8].

### Вывод

Применение низкодозированного орального контрацептива марвелон на фоне введения ВМС является патогенетически обоснованным, повышает эффективность и приемлемость внутриматочной контрацепции, уменьшает число осложнений и побочных реакций.

### Литература.

1. Прилепская В.П., Межевитинова Е.А., Тагиева А.В. Внутриматочная контрацепция, мед-пресс, М., 2000 г
2. Фадеева Е.Г. Прогнозирование и лечение осложнений внутри маточной контрацепции. Автореф. дис. ...канд. Мед. наук. Иваново, 1995 г.
3. Загребина В.А., Иванчикова Н.Д. Внутриматочная контрацепция как фактор риска. Акуш. и гин. 1994; 5; 18-21.
4. Межевитинова Е.А. Приемлемость и эффективность современных методов контрацепции у молодых нерожавших женщин. Автореф. дисс....канд. мед. наук- 1994 г.
5. Хмельницкий О. К. Цитологическая и гистологическая диагностика заболеваний шейки и тела матки. Сотис, СПб. 2000 г.
6. Прилепская В.Н. Контрацепция (от репродуктивного возраста до менопаузы). Акуш., и гин. 5; 56-60.
7. Гормональная контрацепция / Под ред. Прилепской В.Н. М., МЕДпресс, 1998.
8. Кулаков Н.И., Прилепская В.Н., Межевитинова Е.А., Роговская С.И. Контрацепция у молодых нерожавших женщин. Методические рекомендации МЗ РФ. М., 1993 г.